

Katarzyna Jakuszkowiak-Wojten<sup>1</sup>, Maria Gałuszko-Węgielnik<sup>1</sup>, Anna Wojtas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Poradnia Zaburzeń Snu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

## Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

*The role of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorders treatment*

### Abstract

*The aim of this monograph was to present cognitive-behavioral conception of treatment of bipolar disorder. Short description of cognitive model of this disorder was presented and next basic rules of cognitive-behavioral treatment conception of bipolar disorder was suggested. Finally a short research on effectiveness of this kind of treatment was presented.*

*Psychiatria 2012; 9, 1: 36–41*

**key words:** *cognitive-behavioral therapy, bipolar disorders, cognitive-behavioral model of affective disorders*

### Wstęp

Choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD) jest ciężkim, przewlekłym schorzeniem charakteryzującym się występowaniem, z różną częstotliwością, faz depresyjnej i maniakalnej. Oba stany wpływają negatywnie na funkcjonowanie społeczne, powodują zmiany poznawcze, behawioralne i emocjonalne. Dla stanu depresji typowy jest smutek, dla stanu manii — euforia, ale w obu przypadkach można także obserwować rozdrażnienie, niepokój i gniew [1]. Opisywane są także stany mieszane, w których jednocześnie współwystępują objawy i cechy zarówno manii, jak i depresji. Rozpowszechnienie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego wynosi około 4% populacji, a jeśli uwzględnić formy atypowe — nawet 6,5% populacji [2]. Wiek zachorowania to najczęściej 20.–30. rok życia, jednakowo często chorują kobiety, jak i mężczyźni [3].

Średnio w ciągu życia występuje 5–10 epizodów afektywnych. Jeżeli częstość epizodów afektywnych jest większa i wynosi 4 lub więcej w ciągu roku — mówi się o postaci CHAD z szybką zmianą faz [4]. Wyniki badań wskazują, że ryzyko nawrotu w ciągu pierwszych 6 miesięcy wynosi 19–30%, w ciągu roku 37–41%, po 2 latach od osiągnięcia remisji 25–59% [5]. Etiologię zaburzenia afektywnego dwubiegunowego najlepiej wyjaśnia model podatność–stres uwzględniający rolę czynników: biologicznych, psychologicznych i społecznych [6]. Wśród czynników biologicznych istotną rolę odgrywają geny, które w odpowiedniej konfiguracji i interakcji z czynnikami środowiskowymi mogą przyczynić się do zachorowania, jak również odpowiadają za przebieg lub nasilenie objawów choroby (np. determinują wystąpienie szybkiej zmiany faz czy pojawienie się zachowań samobójczych) [7].

Pacjentów z CHAD w porównaniu z grupą kontrolną charakteryzują: niestabilne poczucie własnej wartości, nadmiernie uogólniona pamięć autobiograficzna, słabsza umiejętność rozwiązywania problemów, wysoka potrzeba akceptacji społecznej i perfekcyj-

### Adres do korespondencji:

lek. Katarzyna Jakuszkowiak-Wojten  
Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicznych  
GUMed  
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk  
e-mail: k.jakuszkowiak@gumed.edu.pl

nizm [6, 8]. Dane te mogą sugerować, że samo leczenie farmakologiczne nie jest wystarczające w zapobieganiu nawrotom oraz osiągnięciu pełnej remisji. W swoich badaniach Neale wykazała, że występowanie chwiejnego poczucia własnej wartości w połączeniu z nierealistycznymi kryteriami sukcesu może predysponować do zaburzeń dwubiegunowych [9]. W badaniach, które przeprowadzili Bentall i Kinderman, osoby z CHAD w fazie depresyjnej wykazywały wysoką rozbieżność między ja realnym a ja idealnym w porównaniu z grupą kontrolną, natomiast pacjenci w fazie maniakalnej — większą zgodność między ja realnym a idealnym niż osoby z grupy kontrolnej [10].

W związku z przewlekłym przebiegiem schorzenia, nawrotowością i wysokim ryzykiem samobójstwa, chorzy z CHAD wymagają kompleksowego podejścia, uwzględniającego zarówno farmakoterapię, jak i pomoc psychoterapeutyczną.

#### **Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z chorobą afektywną dwubiegunową**

Z chorobą afektywną dwubiegunową współwystępuje wiele zaburzeń. Najczęściej spotykanymi są: uzależnienie od substancji psychoaktywnych (głównie od alkoholu), zaburzenia lękowe (m.in. fobie specyficzne, fobia społeczna, lęk napadowy, zespół stresu pourazowego itp.), zaburzenia osobowości (najczęściej zaburzenie osobowości z pogranicza) oraz zaburzenia odżywiania [11–13].

Czasami choroby współistniejące zamazują zasadniczy obraz CHAD, dlatego wymagana jest duża czujność diagnostyczna.

#### **Leczenie**

W leczeniu CHAD podstawową rolę odgrywa farmakoterapia. Stosuje się leki stabilizujące nastrój (np. karbamazepinę, kwas walproinowy, lit itp.) oraz neuroleptyki. Na świecie istnieją zalecenia i standardy dotyczące terapii CHAD. Również w Polsce w 2011 roku ogólnopolski zespół ekspertów, pod redakcją prof. Jaremy, opracował standardy leczenia niektórych zaburzeń psychicznych, między innymi CHAD. W szczegółowym opisie leczenia poszczególnych postaci CHAD uwzględniono, obok leczenia farmakologicznego, również rolę psychoterapii.

#### **Oddziaływania psychoterapeutyczne w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych**

Próby stosowania psychoterapii w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych sięgają początku XX wieku. Pierwsze działania zostały podjęte przez tera-

peutów psychoanalitycznych, jednak z perspektywy czasu okazały się one nieskuteczne [2].

Dalsze badania wykazały, że elementy terapii interpersonalnej w połączeniu z technikami behawioralnymi mogą być stosowane w leczeniu zaburzeń dwubiegunowych. Ich skuteczność przejawia się w dobrej współpracy w zakresie przyjmowania leków oraz utrzymywania pożądaných relacji interpersonalnych [2, 7].

Na uwagę zasługuje również opracowana przez Frank i wsp. terapia rytmów społecznych. Zakłada ona, że różne wydarzenia mogą znacznie zmienić normalne funkcjonowanie społeczne pacjenta. To w efekcie może prowadzić do zaburzenia rytmów biologicznych i w konsekwencji wywołać epizod choroby [14].

Ważną rolę wspomagającą leczenie CHAD odgrywa terapia rodzin. Dzięki niej pacjent może zyskać oparcie w bliskich, którzy lepiej rozumieją jego chorobę [15].

Terapia poznawczo-behawioralna (CTB, *cognitive behaviour therapy*) łączy w sobie elementy oddziaływań interpersonalnych, regulację rytmów biologicznych, z elementami poznawczymi i behawioralnymi — co decyduje o jej przydatności w leczeniu CHAD [16].

Oddziaływania psychoterapeutyczne mają zastosowanie w leczeniu fazy aktywnej choroby (głównie w depresji), jak również odgrywają istotną rolę w zapobieganiu nawrotom [2, 7, 17–20]. Pamiętać jednak należy, że pomimo dobrych efektów stosowania różnych metod terapeutycznych są one tylko uzupełnieniem farmakoterapii.

#### **Terapia poznawczo-behawioralna**

Terapia poznawczo-behawioralna powstała w latach 60. XX wieku jako odpowiedź na ograniczenia istniejących już form psychoterapii. Połączenie teorii poznawczej i behawioralnej koncentruje się na sposobie, w jaki człowiek postrzega siebie, świat i innych ludzi, oraz na tym, jakie działania podejmuje. Na różnych etapach życia formułowane są przekonania o sobie, świecie i innych ludziach. Część z tych przekonań utrzymuje się przez całe życie, a niektóre z nich podlegają modyfikacji wraz z nabywaniem doświadczeń życiowych — tak powstaje schemat poznawczy każdego człowieka. Niektóre elementy schematu bywają zniekształcone przez błędy we wnioskowaniu, tak zwane zniekształcenia poznawcze. Do często występujących zniekształceń poznawczych należą: myślenie czarno-białe, wyolbrzymianie, katastrofizacja, pomniejszanie pozytywów itp. [21] Zauważono, że pacjenci z taką samą diagnozą prezentują podobne myślenie (tzw. specyficzność poznawcza), na przykład „jestem do niczego” w depre-

sji, „ośmieszę się” w fobii społecznej itp. Fakt ten umożliwił stworzenie ogólnych modeli poznawczych dla większości zaburzeń na bazie wiedzy medycznej i specyficzności poznawczej [21].

Terapia poznawczo-behawioralna stosowana jest na całym świecie jako wyłączna lub dodatkowa metoda leczenia wielu zaburzeń, na przykład zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń stresu pourazowego, zaburzeń osobowości, zaburzeń odżywiania, depresji nawracającej, w przewlekłym bólu, hipochondrii i schizofrenii [22]. Terapię można stosować niezależnie od wieku pacjenta i stopnia wykształcenia.

W pracy z pacjentem poszczególne modele dostosowuje się do jego indywidualnych cech i potrzeb. Terapia jest zorientowana na cel, ma określoną strukturę i zakres czasowy. Ze względu na jej charakter edukacyjny wymagana jest ścisła współpraca pacjenta z terapeutą.

Podczas pracy z pacjentem korzysta się z wielu technik poznawczych i behawioralnych, które mają na celu zmianę myślenia, emocji i zachowań [23, 24].

#### Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu CHAD

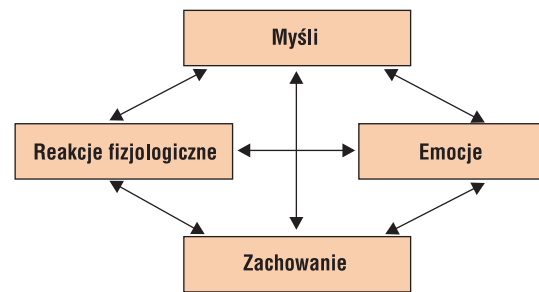
Jak wspomniano wcześniej, w CBT istotne jest oparcie się na modelu poznawczym zaburzenia i dostosowanie jego ogólnych zasad do potrzeb konkretnego pacjenta. W pracy nad CHAD oparto się na istniejącym modelu depresji Becka opracowanym dla zaburzenia afektywnego jednobiegunowego (CHAJ).

Beck opisał negatywną triadę poznawczą obejmującą negatywne postrzeganie siebie, otaczającej rzeczywistości i przyszłości. Pacjenci prezentujący taki typ myślenia są bardziej podatni na powstanie depresji [25]. Model manii Becka jest lustrzanym odbiciem modelu depresji. Triada maniakalna obejmuje pozytywnie zniekształcony obraz siebie, otaczającej rzeczywistości i przyszłości [6].

Taki charakterystyczny rodzaj myślenia wpływa na nastrój, zachowanie i reakcje fizjologiczne na zasadzie sprzężeń zwrotnych [26] (ryc.1).

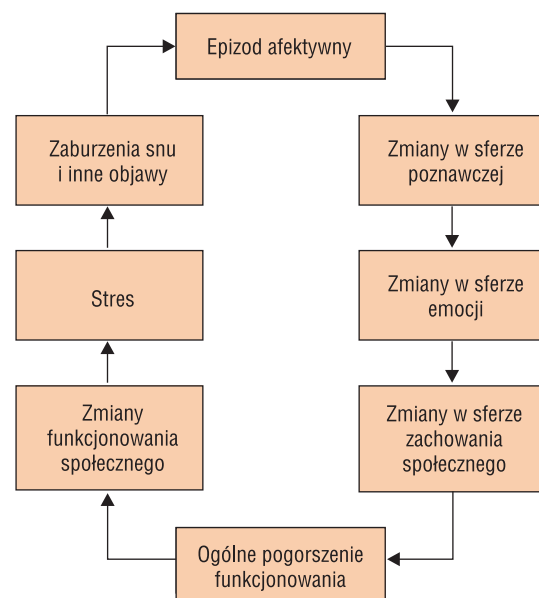
Według Coloma i Viety leczenie depresji w przebiegu CHAD z wykorzystaniem klasycznego modelu Becka nie sprawdza się. Uważają oni, że inna specyfika objawów depresji w przebiegu CHAD (większe nasilenie zmęczenia, apatia, duże zahamowanie, hipersomnia) w porównaniu z CHAJ (chorobą afektywną jednobiegunową), wymagają głównie podejścia behawioralnego, a nie poznawczego [2].

Model uwzględniający większość aspektów CHAD zaproponowała Basco (ryc. 2). Zakłada on, że epizod afektywny i związana z nim zmiana poznawcza powodują konsekwencje w zakresie emocji oraz za-



**Rycina 1.** Zależność między myślami, emocjami, reakcjami fizjologicznymi i zachowaniem według Padesky (źródło: [26])

**Figure 1.** The correlation between thoughts, emotions, physiological reactions and behaviour according to Padesky



**Rycina 2.** Poznawczo-behawioralny model zaburzeń afektywnych według Basco (źródło: [27])

**Figure 2.** Basco's cognitive-behavioural model of affective disorders

chowania. Zmiany te prowadzą do pogorszenia ogólnego funkcjonowania (w tym społecznego), co z kolei jest związane z nasileniem stresu, zaburzeniem rytmów biologicznych i ma wpływ na zaostrzenie objawów afektywnych [27].

Terapia poznawczo-behawioralna poprzez zmiany na poziomie poznawczym, behawioralnym i afektywnym może korzystnie wpływać na przebieg choroby i lepszy sposób radzenia sobie z nią.

Powinna zawierać kilka elementów: konceptualizację problemu pacjenta (zbadanie schematu poznaw-

czego na podstawie wywiadu, zidentyfikowanie niekształceń poznawczych, sposobów kompensacji itp.), psychoedukację dotyczącą natury zaburzenia i leczenia (rola farmakoterapii), oddziaływania behawioralne (np. higiena snu, planowanie aktywności itp.), pracę poznawczą związaną ze zmianą dysfunkcjonalnych przekonań, naukę rozwiązywania problemów i zapobiegania ich powstawaniu, stworzenie planu działania na wypadek nawrotu [28].

Model CBT nie wyjaśnia manii z dysforią ani stanów mieszanych [28]. Interwencje poznawczo-behawioralne możliwe są na każdym etapie choroby, w zależności od stanu pacjenta. Ciężkie objawy psychotyczne, znaczne zahamowanie psychoruchowe, niemożność utrzymania uwagi są przeszkodą w zastosowaniu CBT. Czas trwania kontaktu terapeutycznego zależy od stopnia nasilenia objawów: w okresach zaostreżeń są to raczej krótkie interwencje (15–20 min), w eutymii około 60 min [1].

### **Barceloński Program Psychoedukacyjny**

Psychoedukacja odgrywa szczególnie ważną rolę w leczeniu CHAD i zapobieganiu nawrotom. Jej skuteczność została potwierdzona w badaniach [29–31].

Colom i Vieta opracowali specjalny program dla pacjentów z rozpoznaniem CHAD [2]. Zakłada on spotkania raz w tygodniu przez około 6 miesięcy. Spotkania odbywają się w grupach liczących około 10 osób, trwają 90 min. Plan każdego spotkania jest ściśle określony.

Przez pierwsze 6 spotkań przedstawiane są informacje na temat choroby: czynniki etiologiczne, objawy, przebieg zaburzenia, rokowanie. Kolejne spotkania koncentrują się na farmakoterapii. Omawia się grupy leków, działania niepożądane, ryzyko związane z przerwaniem leczenia. Osobnym tematem poruszonym z pacjentami jest wpływ substancji psychoaktywnych na przebieg choroby i leczenia. Dalsze spotkania koncentrują się na nauce wczesnego rozpoznawania nawrotów i sposobów radzenia sobie z nimi. Końcowym elementem programu jest nauka radzenia sobie ze stresem, wyrabiania nawyków regularnego trybu życia, jak również umiejętności rozwiązywania problemów.

### **Badania nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych**

Pierwsze badania nad skutecznością CBT przeprowadziła Cochran w 1984 roku. Celem jej badania była ocena wpływu stosowania CBT na współpracę w zakresie przyjmowania leków u pacjentów zażywających

lit. Program obejmował sześć 1-godzinnych sesji, odbywających się raz w tygodniu. Podczas 6-miesięcznej obserwacji po zakończeniu badania nawroty epizodów afektywnych w grupie kontrolnej (otrzymującej tylko farmakoterapię) były częściej wywołane odstawieniem litu niż w grupie z farmakoterapią i CBT [32].

Do chwili obecnej wykonano wiele badań oceniających skuteczność CBT jako metody uzupełniającej farmakoterapię. Badania różnią się w niewielkim stopniu protokołami terapeutycznymi: częstością i długością spotkań oraz zastosowaniem różnych technik poznawczych i behawioralnych, większość z nich zakładała jednak protokół 22-sesyjowy. Wyniki nie są jednoznaczne. W większości przypadków wykazano różnice pomiędzy badanymi grupami. U chorych, którzy oprócz farmakoterapii uczestniczyli w CBT, zaobserwowano poprawę ogólnego funkcjonowania, polepszenie jakości życia i przystosowania społecznego. Opisywano mniejszą częstotliwość i krótszy czas trwania epizodów afektywnych, a także częstość hospitalizacji. Zaobserwowano też poprawę w zakresie przyjmowania leków. Efekty te utrzymywały się nawet do 2 lat po zakończeniu terapii [33–35]. Okazało się jednak, że większość tych danych dotyczy grup pacjentów z niewielką liczbą epizodów afektywnych w przeszłości. Nie uwzględniano chorych ze stanami mieszanymi czy z szybką zmianą faz. Późniejsza metaanaliza częściowo podważyła te wnioski, wykazując, że liczba epizodów afektywnych w przeszłości nie ma wpływu na dobre efekty terapii [33].

Wyniki badań dotyczących skuteczności zastosowania CBT u pacjentów z nowo zdiagnozowaną CHAD nie różnią się od wyników uzyskanych w grupie pacjentów z długoletnim przebiegiem choroby. Podobne wyniki dotyczą grupy chorych z szybką zmianą faz [36, 37].

Metaanaliza (1980–2008) dotycząca skuteczności CBT w leczeniu CHAD wykazała pozytywny wpływ na objawy kliniczne, stosowanie się do leczenia, jakość życia. Jednak skuteczność CBT była większa w okresie zaraz po leczeniu niż w okresie *follow-up*. Wyniki te sugerują konieczność modyfikacji protokołu CBT z większym naciskiem na działania długofalowe [38].

Obiecujące efekty obserwuje się podczas stosowania CBT u pacjentów z CHAD w okresie eutymii. W porównaniu z grupą chorych leczonych tylko farmakologicznie, grupa badana charakteryzowała się dłuższymi okresami czasu oddzielającymi epizody afektywne [39].

**Podsumowanie**

Choroba afektywna dwubiegunowa jest ciężkim, przewlekłym schorzeniem wymagającym specjalnego podejścia terapeutycznego. Farmakoterapia jest podstawą leczenia, ale istotną rolę odgrywa też psychoterapia. Wydaje się, że psychoterapia poznawczo-behawioralna łączy w sobie najwięcej skutecznych oddziaływań. Nie znajduje to jednoznacznego potwierdzenia w piśmiennictwie. Większość badań podkreśla jej rolę w odniesieniu do poprawy dyscy-

pliny lekowej, zmniejszenia częstości hospitalizacji, wydłużenia okresów eutymii, zmniejszenia nawrotów i poprawy jakości życia. Niektóre prace zawężają pozytywne efekty tylko do określonych grup chorych, inne to negują, wykazując skuteczność u wszystkich pacjentów. Część badań wskazuje na długofalowość efektów CBT, inne z kolei temu zaprzeczają. Niejednoznaczność danych skłania do modyfikacji dotychczasowych protokołów terapeutycznych z uwzględnieniem działania długofalowego.

**Streszczenie**

Celem pracy było przedstawienie roli terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Zaprezentowano w niej skrótowy opis podejścia poznawczego, a następnie przedstawiono zasady terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym. Na zakończenie dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego skuteczności CBT w leczeniu CHAD.

**Psychiatria 2012; 9, 1: 36–41**

**słowa kluczowe:** terapia poznawczo-behawioralna, choroba afektywna dwubiegunowa, model poznawczo-behawioralny zaburzeń afektywnych

**Pytania**

1. O przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej z szybką zmianą faz mówimy, gdy:
  - A. liczba epizodów afektywnych w ciągu roku wynosi 4 i więcej
  - B. liczba epizodów afektywnych w ciągu roku wynosi 3 i więcej
  - C. liczba epizodów afektywnych w ciągu dnia wynosi 4 i więcej
  - D. liczba epizodów afektywnych w ciągu tygodnia wynosi 4 i więcej
2. W leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej najlepsze efekty uzyskuje się, stosując:
  - A. farmakoterapię
  - B. psychoterapię
  - C. farmakoterapię oraz psychoterapię
  - D. psychoedukację
3. Z chorobą afektywną dwubiegunową współwystępują najczęściej:
  - A. zaburzenia osobowości *borderline*
  - B. uzależnienie od substancji psychoaktywnych

- C. zaburzenia lękowe
- D. wszystkie wyżej wymienione

4. Najczęstsze zniekształcenia poznawcze w fazie depresyjnej choroby afektywnej dwubiegunowej to:
  - A. myślenie czarno-białe
  - B. katastrofizacja
  - C. wyolbrzymianie
  - D. wszystkie wyżej wymienione
5. Interwencje poznawczo-behawioralne możliwe są w następujących fazach chorobowych:
  - A. depresyjnej
  - B. maniakalnej
  - C. mieszanej
  - D. wszystkie wyżej wymienione

Poprawne odpowiedzi do numeru 3 na 2011

**Hematologiczne działania niepożądane leków psychotropowych — wskazówki dla lekarza praktyka**

Tomasz Pawełczyk, Agnieszka Pawełczyk, Jolanta Rabe-Jabłońska

1. D, 2. B, 3. D, 4. C, 5. B



## Piśmiennictwo

1. Basco M.R., Ladd G., Myers D., Tyler D. Combining medication treatment and cognitive-behavior therapy for bipolar disorder. *J. Cognitive Psychotherapy* 2007; 21 (1): 7–15.
2. Colom F., Vieta E. Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. MediPage. Warszawa 2009: 3–19.
3. Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria dla studentów medycyny. PZWL. Warszawa 1998: 279.
4. Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. Psychiatria Urban & Partner, Wrocław 2003; 2: 384.
5. Jarema M. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Via Medica, Gdańsk 2011: 48.
6. Reinecke M.A., Clark D.A. Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 54–73.
7. Rybakowski J. Oblicza choroby maniako-depresyjnej. Termedia, Poznań 2008: 130–142.
8. Scott J., Stanton B., Garland A., Ferrier I.N. Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorders. *Psychol. Med.* 2000; 30: 467–472.
9. Neale J.M. Defensive function of manic episodes. W: T.F. Oltmanns, Maher B. *Delusional Beliefs*. Wiley, New York 1988: 48–61.
10. Bentall R.P., Kinderman P. Self-regulation, affect and psychosis: the role of social cognition in paranoia and mania. W: Dalglish T., Power M. *Handbook of cognition and emotion*. Wiley, New York 1999: 353–381.
11. Grabski B., Dudek D. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2007.
12. Swann A.C. The strong relationship between bipolar and substance-use disorder. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2010; 1187: 276–293.
13. Baldassano C.F. Illness course, comorbidity, gender and suicidality in patients with bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2006; 67 (11): 8–12.
14. Frank E.D., Kupfer J., Ehlers C.L. i wsp. Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioural approaches. *Behaviour Therapy* 1994; 17: 153–166.
15. Miller I.W., Keitner G.I., Ryan C.E., Uebelacker L.A., Johnson S.L., Solomon D.A. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J. Clin. Psychiatry* 2008; 69 (5): 732–740.
16. NICE. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
17. Lauder S.D., Berk M., Castle D.J., Dodd S., Berk L. The role of psychotherapy in bipolar disorder. *Med. J. Aust.* 2010; 16: 193 (4): 31–35.
18. Miklowitz D.J. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (11): 1408–1419.
19. Beynon S., Soares-Weiser K., Woolacott N., Duffy S., Geddes J.R. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br. J. Psychiatry* 2008; 192 (1): 5–11.
20. Rizvi S., Zaretsky A.E. Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: evidence for general efficacy and differential effects. *J. Clin. Psychol.* 2007; 63 (5): 491–506.
21. Popiel A., Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat, Warszawa 2008.
22. Butler A.C., Chapman J.E., Forman E.M., Beck A.T. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 17–31.
23. Alford B., Beck A. Terapia poznawcza jako integrująca psychoterapię. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005: 9–20.
24. Beck J. Terapia poznawcza. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
25. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. Guilford, New York 1979.
26. Padesky Ch., Greenberger D. Umysł ponad nastrojem. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004: 18.
27. Basco M.R. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Podręcznik pacjenta. Jak opanować wahania nastroju? Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008: 9.
28. Popiel A., Pragłowska E. Podstawy psychoterapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach dwubiegunowych. *Wiadomości Psychiatryczne* 2005; 8 (1).
29. Colom F. Achieving remission and recovery in bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2010; 71 (11): e32.
30. Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J. Clin. Psychiatry* 2005; 66 (1): 24–29.
31. Colom F., Vieta E., Reinares M. i wsp. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J. Clin. Psychiatry* 2003; 64 (9): 1101–1105.
32. Cochran S.D. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J. Consult. Clin. Psychology* 1984; 52: 873–878.
33. Lam D.H., Burbeck R., Wright K., Pilling S. Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention — a systematic review. *Bipolar Disord.* 2009; 11 (5): 474–482.
34. da Costa R.T., Rangé B.P., Malagris L.E., Sardinha A., de Carvalho M.R., Nardi A.E. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder, *Expert Rev. Neurother.* 2010; 10 (7): 1089–1099.
35. Scott J., Garland A., Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine* 2001; 31: 459–467.
36. Jones S.H., Burrell-Hodgson G. Cognitive-behavioural treatment of first diagnosis bipolar disorder. *Clin. Psychol. Psychother.* 2008; 15 (6): 367–377.
37. Reilly-Harrington N.A., Deckersbach T., Knauer R. i wsp. Cognitive behavioral therapy for rapid-cycling bipolar disorder: a pilot study. *J. Psychiatr. Pract.* 2007; 13 (5): 291–297.
38. Szentagotai A., David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *J. Clin. Psychiatry* 2010; 71 (1): 66–72.
39. Gomes B.C., Abreu L.N., Brietzke E. i wsp. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. *Psychother. Psychosom.* 2011; 80 (3): 144–150.